

REPOBLIKAN'I MADAGASIKARA
Fitiavana-Tanindrazana-Fandrosoana

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
PROGRAMME NATIONAL DE LUTTE CONTRE LE SIDA

DOSSIER MEDICAL

(Adulte: ≥ 15 ans)

Code d'identification nationale



Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

FICHE PATIENT ADULTE (≥15ans) PREMIERE VISITE



Date de la visite

_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _	_ / _ / _
-----------	-----------	-----------	-----------

IDENTIFICATION DU CENTRE DE TRAITEMENT

1	Nom du centre:		
2	Nom du service :		
3	District:		
4	Région:		
5	Nom du Médecin référent:		
6	Référence/Transfert(reçu) : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Si Oui	Nom du centre qui a référé/transféré	
		Numéro de référence/transfert:	

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT

7	Nom et prénoms:		
	Appellation/Surnom:		
8	Date de naissance: _ / _ / _ / _	Age:	ans
9	Sexe:	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>
10	Situation matrimoniale:	Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié <input type="checkbox"/> En union libre <input type="checkbox"/>
		Divorcé <input type="checkbox"/>	Veuf (ve) <input type="checkbox"/>
11	Nombre d'enfants:	Vivants:	Décédés:
12	Nationalité:		
13	Profession:		
14	Niveau d'instruction:	Illettré <input type="checkbox"/>	Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Universitaire <input type="checkbox"/>
15	Adresse complète:		Tél personnel:
16	Personne à contacter (Nom , adresse et tél):		

17	Habitudes toxiques:	a: Tabac: Oui <input type="checkbox"/> (_____ tiges / jour, depuis quand: _____) Non <input type="checkbox"/>
		Sevré : Oui <input type="checkbox"/> (depuis quand: _____) Non <input type="checkbox"/>
		b: Alcool: Oui <input type="checkbox"/> (_____ Verres / jour, depuis quand: _____) Non <input type="checkbox"/>
		Sevré : Oui <input type="checkbox"/> (depuis quand: _____) Non <input type="checkbox"/>
	c: Drogues: Oui <input type="checkbox"/> (injectable <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> : _____, depuis quand: _____)	
	Non <input type="checkbox"/>	
18	Contraception actuelle <input type="checkbox"/> (à préciser) :	
19	Orientation sexuelle Hétérosexuelle <input type="checkbox"/> Homosexuelle <input type="checkbox"/> Bisexuelle <input type="checkbox"/>	
20	Facteurs de risque TDS <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/> UDI <input type="checkbox"/> Travailleurs mobiles <input type="checkbox"/> Autres:	

DECOUVERTE DE LA SEROPOSITIVITE

21	Date de découverte de la séropositivité: _____/_____/_____/_____ Nom du centre de dépistage:
22	Motif du dépistage: Dépistage Volontaire <input type="checkbox"/> Grossesse (CPN) <input type="checkbox"/> Partenaires infectés <input type="checkbox"/> AES <input type="checkbox"/> Signes clinique/biologique <input type="checkbox"/> à préciser: _____ Autres <input type="checkbox"/> à préciser: _____
23	Profil sérologique: VIH1 <input type="checkbox"/> VIH2 <input type="checkbox"/> VIH1+2 <input type="checkbox"/> Ne sait pas VIH1ou2 <input type="checkbox"/>
24	Partenaire: Informé: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dépisté: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sait pas <input type="checkbox"/> Statut VIH: Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Méconnu <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTS

25	IST <input type="checkbox"/> Transfusion sanguine <input type="checkbox"/> AES <input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale <input type="checkbox"/> Toux chronique <input type="checkbox"/> Tuberculose <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique <input type="checkbox"/> Amaigrissement <input type="checkbox"/> Herpès génital <input type="checkbox"/> Dermatose prurigineuse <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Kaposi <input type="checkbox"/> Lymphome <input type="checkbox"/> Candidose buccale <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> (à préciser: ex: diabète, hypertension, prise de médicaments...)
----	---

EXAMEN CLINIQUE

26	Motif de consultation: -----
27	Histoire de la maladie: -----

28	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres (à préciser) :
29	Signes respiratoires: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Toux chronique <input type="checkbox"/> Dyspnée <input type="checkbox"/> Expectorations <input type="checkbox"/> Douleur thoracique <input type="checkbox"/> Hémoptysie <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
30	Signes digestifs : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Candidose buccale <input type="checkbox"/> Candidose odynophagie <input type="checkbox"/> Diarrhée chronique <input type="checkbox"/> Hépatomégalie <input type="checkbox"/> Toucher rectal (TR) <input type="checkbox"/> (à préciser) : Autres / détails (à préciser) :
31	Signes tégumentaires : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Prurigo <input type="checkbox"/> Zona <input type="checkbox"/> Furoncle/Folliculite <input type="checkbox"/> Dermite séborrhéique <input type="checkbox"/> Kaposi <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
32	Signes neuropsychiatriques : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Déficit moteur <input type="checkbox"/> Trouble sensitif <input type="checkbox"/> Trouble de la conscience <input type="checkbox"/> Trouble de comportement <input type="checkbox"/> Raideur de la nuque <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
33	Signes ganglionnaire et splénique: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Adénopathie <input type="checkbox"/> Splénomégalie <input type="checkbox"/> Autres / détails (à préciser) :
34	Signes génito-urinaires: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Ecoulement génital <input type="checkbox"/> Ulcération génitale <input type="checkbox"/> Douleurs pelviennes <input type="checkbox"/> Herpès génital <input type="checkbox"/> Brulure mictionnelle <input type="checkbox"/> Dysurie <input type="checkbox"/> Toucher vaginal (TV) <input type="checkbox"/> (à préciser) : Autres / détails (à préciser) :
35	Autres signes:

STADE DE L'INFECTION A VIH

40	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

41	
----	--

TRAITEMENT

42	Traitement antirétroviral actuel		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/			
	Schéma thérapeutique en cours			
	Traitement antirétroviral prescrit			
	Instauration		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/			
	Schéma thérapeutique			
	Changement		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, motif du changement:				
Date du changement : ____/____/____/				
Schéma thérapeutique				
43	Traitement d'infections opportunistes		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie		
44	Autres prescriptions		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Maladies	Médicaments et Posologie		

PROPHYLAXIE

45	Toxoplasmose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/		
46	Pneumocystose	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/		
47	Mycobacterium complex avium	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/		

48	Autre prophylaxie	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____		

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

49	Membre d'une association	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
50	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
51	Interventions reçues :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/> Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/> Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/> Autres (à préciser) : _____		
52	Nom(s) de l'intervenant social:		
53	Orientation vers une prise en charge psychosociale:	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, préciser: _____		

OBSERVATIONS

54	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

55	Date du prochain rendez-vous	_____/_____/_____
----	-------------------------------------	-------------------

DEVENIR DU PATIENT

56	Date de notification du devenir	_____/_____/_____	
57	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>	
		Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact _____/_____/_____
		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération _____/_____/_____
			Cause _____
		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès _____/_____/_____
			Cause de décès _____
		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert _____/_____/_____
	Motif du transfert _____		
	Centre qui reçoit _____		
	Numero de transfert _____		

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Devenir</td> <td style="width: 35%;">Suivi <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue <input type="checkbox"/></td> <td>Date du dernier contact ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/></td> <td>Date de la récupération ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Décédé <input type="checkbox"/></td> <td>Date du décès ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause de décès</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Transféré <input type="checkbox"/></td> <td>Date du transfert ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Motif du transfert</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Centre qui reçoit</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Numero de transfert</td> </tr> </table>	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>			Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/			Cause		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/			Cause de décès		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/			Motif du transfert			Centre qui reçoit			Numero de transfert
Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>																														
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/																													
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/																													
		Cause																													
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/																													
		Cause de décès																													
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/																													
		Motif du transfert																													
		Centre qui reçoit																													
		Numero de transfert																													

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/_____/
----	--

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/_____/
22	Devenir
	Suivi <input type="checkbox"/>
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>
	Date du dernier contact ____/____/_____/
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>
	Date de la récupération ____/____/_____/
	Cause
	Décédé <input type="checkbox"/>
	Date du décès ____/____/_____/
	Cause de décès
	Transféré <input type="checkbox"/>
	Date du transfert ____/____/_____/
	Motif du transfert
	Centre qui reçoit
	Numero de transfert

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/
22	Devenir
	Suivi <input type="checkbox"/>
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>
	Date du dernier contact ____/____/____/
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>
	Date de la récupération ____/____/____/
	Cause
	Décédé <input type="checkbox"/>
	Date du décès ____/____/____/
	Cause de décès
	Transféré <input type="checkbox"/>
	Date du transfert ____/____/____/
	Motif du transfert
	Centre qui reçoit
	Numero de transfert

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
	Nom(s) de l'intervenant social:
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/
22	Devenir
	Suivi <input type="checkbox"/>
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>
	Date du dernier contact ____/____/____/
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>
	Date de la récupération ____/____/____/
	Cause
	Décédé <input type="checkbox"/>
	Date du décès ____/____/____/
	Cause de décès
	Transféré <input type="checkbox"/>
	Date du transfert ____/____/____/
	Motif du transfert
	Centre qui reçoit
	Numero de transfert

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	<p>Examen général:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">Poids: kg</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">Taille: cm</td> <td style="padding: 2px;">IMC(Poids/taille²):</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">TA: /</td> <td style="border-right: 1px dashed black; padding: 2px;">Pouls: /min</td> <td style="padding: 2px;">T°: °C</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="padding: 2px;">Autres:</td> </tr> </table>	Poids: kg	Taille: cm	IMC(Poids/taille ²):	TA: /	Pouls: /min	T°: °C	Autres:		
Poids: kg	Taille: cm	IMC(Poids/taille ²):								
TA: /	Pouls: /min	T°: °C								
Autres:										
4	<p>Signes cliniques :</p> <div style="height: 150px;"></div>									

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/
22	Devenir
	Suivi <input type="checkbox"/>
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>
	Date du dernier contact ____/____/____/
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>
	Date de la récupération ____/____/____/
	Cause
	Décédé <input type="checkbox"/>
	Date du décès ____/____/____/
	Cause de décès
	Transféré <input type="checkbox"/>
	Date du transfert ____/____/____/
	Motif du transfert
	Centre qui reçoit
	Numero de transfert

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

--

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

--	--	--	--	--	--

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Devenir</td> <td style="width: 35%;">Suivi <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue <input type="checkbox"/></td> <td>Date du dernier contact ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/></td> <td>Date de la récupération ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Décédé <input type="checkbox"/></td> <td>Date du décès ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause de décès</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Transféré <input type="checkbox"/></td> <td>Date du transfert ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Motif du transfert</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Centre qui reçoit</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Numero de transfert</td> </tr> </table>	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>			Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/			Cause		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/			Cause de décès		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/			Motif du transfert			Centre qui reçoit			Numero de transfert
Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>																														
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/																													
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/																													
		Cause																													
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/																													
		Cause de décès																													
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/																													
		Motif du transfert																													
		Centre qui reçoit																													
		Numero de transfert																													

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
	Nom(s) de l'intervenant social:
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/	
22	Devenir	
	Suivi <input type="checkbox"/>	
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/
		Cause
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/
		Cause de décès
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/
	Motif du transfert	
	Centre qui reçoit	
	Numero de transfert	

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/____	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/____		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/____		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Devenir</td> <td style="width: 35%;">Suivi <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue <input type="checkbox"/></td> <td>Date du dernier contact ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/></td> <td>Date de la récupération ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Décédé <input type="checkbox"/></td> <td>Date du décès ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause de décès</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Transféré <input type="checkbox"/></td> <td>Date du transfert ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Motif du transfert</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Centre qui reçoit</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Numero de transfert</td> </tr> </table>	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>			Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/			Cause		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/			Cause de décès		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/			Motif du transfert			Centre qui reçoit			Numero de transfert
Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>																														
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/																													
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/																													
		Cause																													
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/																													
		Cause de décès																													
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/																													
		Motif du transfert																													
		Centre qui reçoit																													
		Numero de transfert																													

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	<p>Examen général:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Poids: kg</td> <td style="width: 33%;">Taille: cm</td> <td style="width: 33%;">IMC(Poids/taille²):</td> </tr> <tr> <td>TA: /</td> <td>Pouls: /min</td> <td>T°: °C</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Autres:</td> </tr> </table>	Poids: kg	Taille: cm	IMC(Poids/taille ²):	TA: /	Pouls: /min	T°: °C	Autres:		
Poids: kg	Taille: cm	IMC(Poids/taille ²):								
TA: /	Pouls: /min	T°: °C								
Autres:										
4	<p>Signes cliniques :</p>									

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Devenir</td> <td style="width: 35%;">Suivi <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue <input type="checkbox"/></td> <td>Date du dernier contact ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/></td> <td>Date de la récupération ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Décédé <input type="checkbox"/></td> <td>Date du décès ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause de décès</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Transféré <input type="checkbox"/></td> <td>Date du transfert ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Motif du transfert</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Centre qui reçoit</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Numero de transfert</td> </tr> </table>	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>			Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/			Cause		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/			Cause de décès		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/			Motif du transfert			Centre qui reçoit			Numero de transfert
Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>																														
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/																													
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/																													
		Cause																													
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/																													
		Cause de décès																													
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/																													
		Motif du transfert																													
		Centre qui reçoit																													
		Numero de transfert																													

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi? CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si oui, préciser CAT:		
Traitement antirétroviral prescrit		
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement: Date du changement : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Devenir</td> <td style="width: 35%;">Suivi <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue <input type="checkbox"/></td> <td>Date du dernier contact ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/></td> <td>Date de la récupération ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Décédé <input type="checkbox"/></td> <td>Date du décès ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause de décès</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Transféré <input type="checkbox"/></td> <td>Date du transfert ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Motif du transfert</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Centre qui reçoit</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Numero de transfert</td> </tr> </table>	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>			Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/			Cause		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/			Cause de décès		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/			Motif du transfert			Centre qui reçoit			Numero de transfert
Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>																														
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/																													
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/																													
		Cause																													
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/																													
		Cause de décès																													
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/																													
		Motif du transfert																													
		Centre qui reçoit																													
		Numero de transfert																													

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début ____/____/____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Devenir</td> <td style="width: 35%;">Suivi <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue <input type="checkbox"/></td> <td>Date du dernier contact ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/></td> <td>Date de la récupération ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Décédé <input type="checkbox"/></td> <td>Date du décès ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause de décès</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Transféré <input type="checkbox"/></td> <td>Date du transfert ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Motif du transfert</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Centre qui reçoit</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Numero de transfert</td> </tr> </table>	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>			Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/			Cause		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/			Cause de décès		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/			Motif du transfert			Centre qui reçoit			Numero de transfert
Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>																														
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/																													
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/																													
		Cause																													
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/																													
		Cause de décès																													
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/																													
		Motif du transfert																													
		Centre qui reçoit																													
		Numero de transfert																													

Ministère de la Santé Publique

Programme National de
Lutte contre les IST/SIDA

Code d'identification nationale

FICHE DE SUIVI
VISITE N°



Date de la visite

MOTIFS DE LA CONSULTATION

1	
---	--

EVENEMENTS MARQUANTS

2	
---	--

EXAMENS CLINIQUE ET BIOLOGIQUE

3	Examen général:
	Poids: kg Taille: cm IMC(Poids/taille ²):
	TA: / Pouls: /min T°: °C
	Autres:
4	Signes cliniques :

STADE DE L'INFECTION A VIH

9	Stade clinique OMS	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
	Stade clinique CDC	A <input type="checkbox"/>	B <input type="checkbox"/>	C <input type="checkbox"/>	

CONCLUSION

10	
----	--

TRAITEMENT

11	Traitement antirétroviral actuel Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si Oui: Date de début de traitement ARV : ____/____/____/____/	
	Schéma thérapeutique en cours	
	Observance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si non Pourquoi?	
	CAT:	
	Intolérance Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Si oui, préciser	
	CAT:	
	Traitement antirétroviral prescrit	
Instauration Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si Oui: Date d'instauration : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
Changement Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Si oui, motif du changement:		
Date du changement : ____/____/____/____/		
Schéma thérapeutique		
12	Traitements des infections opportunistes Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Infections Opportunistes	Médicaments et Posologie
13	Autres prescriptions Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Maladies	Médicaments et Posologie

PROPHYLAXIE

14	Toxoplasmose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/
15	Pneumocystose Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/
16	Mycobacterium complex avium Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/
17	Autre prophylaxie Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Si Oui, Préciser: Date de début _____/_____/_____/

PRISE EN CHARGE PSYCHOSOCIALE

18	Membre d'une association Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Bénéficiaire d'une PEC psychosociale Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Interventions reçues : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
	Soutien psychologique <input type="checkbox"/> Education Thérapeutique <input type="checkbox"/> Visite à domicile <input type="checkbox"/>
	Appui nutritionnel <input type="checkbox"/> Appui socio-économique(AGR) <input type="checkbox"/> Réinsertion familiale <input type="checkbox"/>
	Accompagnement juridique <input type="checkbox"/> Réinsertion professionnelle <input type="checkbox"/>
	Autres (à préciser) :
Nom(s) de l'intervenant social:	
Orientation vers une prise en charge psychosociale: Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
Si Oui, préciser:	

OBSERVATIONS

19	
----	--

OBSERVATIONS (suite)

19	
----	--

PROCHAIN RENDEZ-VOUS

20	Date du prochain rendez-vous ____/____/____/
----	---

DEVENIR DU PATIENT

21	Date de notification du devenir ____/____/____/																														
22	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Devenir</td> <td style="width: 35%;">Suivi <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue <input type="checkbox"/></td> <td>Date du dernier contact ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/></td> <td>Date de la récupération ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Décédé <input type="checkbox"/></td> <td>Date du décès ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Cause de décès</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Transféré <input type="checkbox"/></td> <td>Date du transfert ____/____/____/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Motif du transfert</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Centre qui reçoit</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>Numero de transfert</td> </tr> </table>	Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>			Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/		Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/			Cause		Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/			Cause de décès		Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/			Motif du transfert			Centre qui reçoit			Numero de transfert
Devenir	Suivi <input type="checkbox"/>																														
	Perdu de vue <input type="checkbox"/>	Date du dernier contact ____/____/____/																													
	Perdu de vue récupéré <input type="checkbox"/>	Date de la récupération ____/____/____/																													
		Cause																													
	Décédé <input type="checkbox"/>	Date du décès ____/____/____/																													
		Cause de décès																													
	Transféré <input type="checkbox"/>	Date du transfert ____/____/____/																													
		Motif du transfert																													
		Centre qui reçoit																													
		Numero de transfert																													



En Collaboration avec
Projet de Renforcement du Programme de Prévention du VIH/Sida
Agence Japonaise de Coopération Internationale (JICA)
Octobre 2012